

та послойно наглухо. Асептическая повязка. Общая кровопотеря - 800 мл.

Диагноз после операции: гематома влагалища прямой мышцы живота слева.

В раннем послеоперационном периоде больной продолжена инфузионная терапия, гемотрансфузия. Больная наблюдается в реанимационном отделении.

В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии с хорошими анализами выписана домой 6/XII-2000 г. на 14 сутки после родоразрешения.

Как показывает описанный случай, травма ветвей нижней надчревной артерии при вскрытии брюшной стенки разрезом по Пфанненштилю может быть источником кровотечения, угрожающего жизни женщины, поэтому при ушивании передней брюшной стенки

необходимо тщательно осмотреть прямые мышцы, а также фасциальные влагалища этих мышц с целью выявления кровоточащих сосудов и тщательно лигировать их. В случае необходимости перевязки нижней надчревной артерии это необходимо делать в 2-х местах: ниже и выше источника кровотечения. Это связано с тем, что эта артерия анастомозирует с верхней надчревной артерией. Поэтому перевязка сосуда в одном месте не дает желаемого результата.

Литература

1. Гешелин С.А. // Акуш. и гин. 2000. № 2. с. 58.
2. Слепых А.С. Абдоминальное родоразрешение. Л.: Медицина, 1986, с.96.
3. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. М., 1998.
4. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В., Тимохина Т.Ф. // Акуш. и гин. 2000. №5 с.13

**В.Н. Сидоренко,
Л.А. Содель, Н.А. Ушко,
Л.Т. Бутра**

НИИ ОМД, 7-я клиническая
больница, г. Минск

Наш опыт лечения беременных женщин с гиперстимуляцией яичников

Представлен собственный опыт лечения беременных женщин с гиперстимуляцией яичников. Описана клиника, диагностика, этапность и исходы лечения пациенток.

Вопросы диагностики и лечения бесплодного брака относятся к числу актуальнейших проблем современной медицинской науки и практики. Важность проблемы связана со значительной частотой бесплодия и тенденцией к ее увеличению во всем мире.

В последние годы все большее распространение в мире получает метод лечения абсолютного бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения ооцитов и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО).

Основной задачей программы ЭКО является получение большого количества зрелых жизнеспособных преовуляторных ооцитов для дальнейшего оплодотворения их *in vitro*. Это достигается путем стимуляции суперовуляции с помощью воздействия на процесс фолликулогенеза большими дозами экзогенных гонадотропинов. Серьезным осложнением такой стимуляции является синдром гиперстимуляции яичников.

Впервые синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) описал Muller в начале 60-х годов как осложнение стимуляции овуляции, проводимой с помощью сывороточных гонадотропинов жеребых кобыл. К настоящему времени в литературе имеются сообщения о развитии СГЯ при использовании практически всех известных гормональных индукторов овуляции: кломифенцитрата, хорионического гонадотропина (ХГ), человеческого менопаузального гонадотропина (ЧМГ), чистого фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).

СГЯ проявляется увеличением яичников за счет многочисленных кист, кровоизлияний и отека стромы, выпота в серозных полостях, развитием электролитного дисбаланса, гиповолемии, гемоконцентрации, а в тяжелых случаях – снижением почечной перфузии и острой почечной недостаточностью, тромбоэмболическими осложнениями.

Этиопатогенез СГЯ до конца не изучен. По мнению большинства ученых, массивное увеличение яичников с образованием фолликулярных и лютеиновых кист происходит на фоне выраженного отека стромы яичника, острого перераспределения жидкости в организме с образованием асцита, гидроторакса, а в некоторых случаях анасарки. Выпот является

ся следствием повышенной проницаемости вен яичников, сосудов брюшины, сальника, плевры. Вероятно, что чрезмерное количество эстрогенов, продуцируемых числом развивающихся фолликулов, стимулирует уже усиленный синтез простагландинов, который, в свою очередь, ответственен за повышенную проницаемость капилляров, наблюдаемую при СГЯ. Ввиду отсутствия единой точки зрения на патогенез СГЯ вопросы лечения данного патологического состояния нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

Собственные наблюдения

В 7-й городской клинической больнице г. Минска за период с 1996 по 2000 год успешно пролечено 4 беременных женщины с синдромом гиперстимуляции яичников II-III степени. Возраст женщин - от 34 до 41 года. Из анамнеза установлено наличие вторичного бесплодия от 6 до 17 лет, неоднократное безэффективное лечение в условиях стационара. Беременность наступила после ЭКО. В стационар поступили спустя 3-8 суток после оплодотворения. По данным УЗИ, в полости матки 3 эмбриона было у одной женщины, 2 – у 2-х женщин и 1 – у одной беременной женщины. Клинически беременные женщины отмечали сухость во рту, жажду, слабость, одышку, боли в животе, резкое увеличение объема живота.

Объективно: тахикардия до 110 уд/сек. Величина артериального и центрального венозного давления находилась в пределах нормы. У всех женщин был увеличен в объеме живот за счет асцита. У одной пациентки выявлено наличие жидкости в плевральной полости. Одышка, олигурия. При обследовании в момент поступления у всех больных имело место сгущение крови с увеличением количества эритроцитов, повышением гематокрита, изменением коагуляционных свойств крови в виде гиперфибриногенемии, наличие фибриногена В. Отмечался анизо- и пойкилоцитоз, повышение СОЭ. Лейкоцитарная формула изменялась незначительно (сдвиг влево).

В биохимическом анализе крови отмечалась гипопроотеинемия за счет альбуминовой фракции, наличие повышенного содержания печеночных ферментов (АСАТ, АЛАТ), креатинина, альфа-амилазы крови, а также снижение уровня хлоридов, кальция, натрия в плазме. Уровень калия плазмы, общего билирубина, мочевины, глюкозы крови находился в пределах нормальных величин.

При исследовании кислотно-основного состояния крови имел место компенсированный метаболический ацидоз. В общем анализе мочи отмечался высокий ее удельный вес,

кислая реакция, увеличение амилазы. Величины белка, лейкоцитов, эритроцитов, эпителия не превышали допустимый уровень. При УЗИ-обследовании брюшной полости выявлялось наличие большого количества жидкости в брюшной полости, увеличение яичников до размеров, характерных для II-III степени синдрома их гиперстимуляции с наличием в них большого количества желтых тел различных размеров. Исследование жидкости из брюшной полости выявило наличие гемоглобина, повышенной относительной плотности жидкости, увеличение содержания белка. Основные параметры крови, включая клинический анализ, содержание мочевины, печеночные пробы и коагулограмма, контролировались ежедневно или каждые 2-3 дня в зависимости от клинической ситуации.

Лечение больных было направлено на коррекцию реологических свойств крови, нормализацию гемодинамики, борьбу с почечно-печеночной недостаточностью, коррекцию гормональных нарушений, возникших в результате гиперстимуляции яичников, нормализацию основного обмена и транспортной функции крови. С этой целью использовались коллоидные и полиионные кристаллоидные растворы глюкозы, альбумина, свежезамороженную плазму, раствор альбумина использовали для увеличения объема сосудистого русла.

Свежезамороженная плазма обеспечивает увеличение онкотического давления крови, содержит все факторы свертывания крови. Гидроксизтил крахмала увеличивает ОЦК прямо пропорционально введенному количеству, но удлиняет частичное тромбопластиновое время и вызывает временное снижение количества тромбоцитов.

Применялись нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин), препараты, направленные на стабилизацию функции печеночных клеток (эссенциале). Корректировался ионный состав крови. Использовались антиагреганты (курантил, ацетилсалициловая кислота, трентал), ингибиторы протеолитических ферментов (контрикал, овомин, гордокс), спазмолитики и обезболивающие препараты (анальгин, папаверин, нош-па, баралгин, эуфиллин). Применялись антигистаминные препараты (тавегил, димедрол, супрастин).

Для коррекции мочевыделительной функции почек использовались салуретики (фуросемид) и допмин в соответствующей дозировке. Проводилось частичное парентеральное питание с помощью растворов аминокислот (аминостерил), витаминотерапия.

Антибактериальная терапия проводилась по показаниям, при наличии сопутствующей

патологии или осложнений воспалительного генеза.

В программе инфузионной терапии соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов было примерно 1:1, причем наилучший результат лечения был отмечен только после использования больших доз альбумина. Так, после использования 10 % раствора альбумина в дозе 600-800 мл в программе суточной инфузионной терапии был получен положительный диурез, не отмечалось перегрузки правых отделов сердца (ЦВД в пределах нормальных величин), имелось субъективное улучшение состояния пациенток, существенное улучшение лабораторных показателей. В последующем сохранялась положительная динамика лечения. Это наиболее отчетливо видно на фоне использования декстранов и растворов гидроксипропилового крахмала. После их применения отмечалось улучшение реологических свойств крови по лабораторным данным, но имело место увеличение нагрузки на правые отделы сердца (повышение ЦВД выше нормы), сохранялся отрицательный диурез, ухудшалось субъективное состояние пациентки (увеличивалась частота дыхания, несколько увеличивался объем жидкости в брюшной полости).

Полиионные кристаллоидные растворы нами использовались в программе инфузионной терапии только для коррекции осмотического давления плазмы, т.к. увеличение их

применения вызывало заметное нарастание асцита и ухудшение состояния больной.

Ниже приводится количество растворов использованных нами для лечения пациентки Е. в течение 25 дней пребывания в стационаре: альбумин – 5200 мл, реополиглюкин – 4800 мл, свежзамороженная плазма – 1120 мл, глюкоза – 2400 мл, ацесоль – 2400 мл, NaCl 0,9 % - 5000 мл, сормантол – 800 мл.

Таким образом, больным с СГЯ необходимо тщательное клиническое обследование и лечение. Пациентки с тяжелой формой СГЯ нуждаются в мониторинге, который включает: баланс жидкости (введенная жидкость, диурез, ежедневный контроль веса тела и измерение окружности живота, гематокрит, гемоглобин, количество эритроцитов, факторы коагуляции, электролиты в сыворотке крови и моче, ЦВД), анализы крови (клинический анализ крови, электролиты, белки, печеночные пробы, коагулограмма, КЩС крови, осмолярность, газовый состав крови), анализы мочи (электролиты, осмолярность), дополнительное обследование (УЗИ живота, грудной клетки).

Применение новых технологий вспомогательной репродукции нуждается в дальнейшем совершенствовании методов и средств как профилактики, так и лечения такого тяжелого осложнения, как СГЯ с учетом патогенеза.